Rok LI. Kraków, dnia 5. października 1912. Nr 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O roznosicielach zaraz.

Rzecz odczytana na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodn. polskich w lipcu 1911).

Napisał

Prof. Kučera (Lwów).

(Ciąg dalszy).

Bardzo wielkiej doniosłości, ze względu na trudność wykrycia roznosicieli, jest spostrzeżenie, że wydzielanie prątków durowych przez roznosicieli nie zawsze odbywa się bez przerwy, stale, lecz okresowo, a liczne są przykłady, w których kilkakrotnie powtarzane badania dawały wynik ujemny, a jednak później prątki na nowo w stolcach się pojawiały. Według Kaysera [20]), G. Mayera [21]) i innych przerwy takie mogą trwać do kilku tygodni tak, że nawet 3-krotne, w kilkudniowych odstępach wykonane badanie może nie być rozstrzygającem. A co ważniejsze, że właśnie w okresie wczesnego ozdrowienia takie przerwy się zdarzają (Scheller [22]). G. Mayer (l. c.) podaje, że nasilenia w wydzielaniu prątków regularnie zdarzają się wtedy, kiedy wogóle często są przypadłości ze strony przewodu pokarmowego, t. j. na przejściu od zimy do wiosny, w czasie upałów letnich i w jesieni.

Ilość prątków, wydzielanych przez roznosicieli, trudno dokładnie ocenić; metody nasze (Conradi, Endo, Loeffler itd.) zawsze jeszcze są niedostateczne. Tyle jednak jest pewnem, że nie idzie tu o wydzielanie, mające znaczenie tylko teoretyczne, lecz owszem zdarzają się okresy, w których otrzymujemy na płytkach prawie czystą hodowlę tak, iż taki osobnik jako źródło zakażenia nieustępuje choremu.

Nadzwyczaj uderzającym i zajmującym jest stosunek liczb, dotyczących obu płci pomiędzy roznosicielami. Wszystkie bowiem statystyki zgodnie podnoszą, że przeważną część pośród stałych roznosicieli stanowią kobiety. Według urzędowych sprawozdań z okolic nadreńskich [23]) na 100 roznosicieli we wcześniejszym okresie (t. j. do 3 miesięcy) wypada 60 kobiet, 35 dzieci do lat 15, na 100 »stałych roznosicieli« 82 kobiet, 4 dzieci. Liczby Forstera zbliżone są do tych liczb. Fakt ten posiada wielką doniosłość epidemiologiczną z tego względu, że właśnie u kobiet, stykających się często ze środkami spożywczymi, roznosicielstwo staje się niebezpiecznem dla otoczenia. To też istotnie w większości opisanych zakażeń, które można było odnieść do roznosicieli, znajdujemy jako źródło zakażenia kucharki, służące, mleczarkę, żonę piekarza i t. p. U dzieci, jak wiadomo, dur nie jest rzadką chorobą, tylko nader łatwo bywa nierozpoznany z powodu lekkiego przebiegu, a jednak wśród roznosicieli tylko we wcześniejszych okresach (do 3 miesięcy) dotychczasowe statystyki (Frocha, Forstera, Mayera) przyznają im znaczniejszą rolę; stałymi roznosicielami zostają dzieci rzadko.

Jak to wykazują niezliczone już dzisiaj spostrzeżenia sekcyjne, operacyjne i doświadczenia na zwierzętach, zainaugurowane badaniami Chiarego, Duprégo etc., drogi żółciowe, a przedewszystkiem pęcherzyk żółciowy, są miejscami, w których prątki durowe się hodują i skąd przedostają się do treści jelit. Wiadomo dalej, że nie są one tamże pasorzytami obojętnymi, gdyż liczne są przypadki zapaleń pęcherzyka i dróg żółciowych, wywołane przez prątki durowe, a nawet wytwarzanie się kamieni żółciowych, w których środku nieraz prątki wykazywano (np. przyp. Droby), wprowadzają w związek przyczynowy z obecnością prątków durowych. To też w znacznej skłonności kobiet do zaburzeń w wydzielaniu żółci szukamy też i wytłómaczenia znaczniejszego odsetka roznosicielek między niemi.

Na poparcie twierdzenia, iż roznosiciele stanowią istotne niebezpieczeństwo rozpowszechniania duru brzusznego, znajdujemy w literaturze liczne spostrzeżenia epidemiologiczne. I tak, aby oprócz poprzednio wspomnianych tylko niektóre przytoczyć: Jedna z roznosicielek, spostrzeganych przez Hilgermanna [24]) zaraziła w ciągu 12 lat 15 osób i to zawsze świeżo wstępujących służących. Służąca wspomniana przez Sopera [25]) była źródłem 26 zakażeń w przeciągu 10 lat itp. W świetle większych statystyk niebezpieczeństwo, grożące ze strony roznosicieli, przedstawia się nieco mniejszem: Klinger [26]) oblicza ilość roznosicieli, wykrytych od początku akcyi przeciwdurowej w południowo-zachodnich Niemczech, na 431 i odnosi do nich 351 zachorowań, według Kaysera [27]) w samym Strassburgu 9·5% przypadków duru z roznosicielami (zaś 16·8% przez stykanie się z chorymi).

[20]) Arb. aus d. kaiserl. Ges. 25. 1907.
[21]) Ctblt. f. Bakt. 53. 1910.
[22]) Ctblt. f. Bakt. Ref. 42, 1909. Beiheft.
[23]) Klin. Jahrb. 19. 1908. (Frosch).
[24]) Ctblt. f. Bakt. Ref. 43. 1909.
[25]) Wedł. Sacquépée l. c.
[26]) Arb. aus d. Gesdhte. 30. 1909.
[27]) Ctblt. f. Bakt. Ref. 44. 1909.

Dziełem roznosicieli jest przedewszystkiem utrzymywanie się duru brzusznego latami w pewnych domach (»domy durowe«) i utrzymywanie się endemii durowych w zakładach (więzienia, pensyonaty, zakłady dla umysłowo-chorych i t. p.), z reguły bowiem dopiero po dłuższej styczności z nimi występuje zgubny wpływ ich towarzystwa. Zapewne, powyżej przytoczone spostrzeżenia są tylko czysto epidemiologiczne, opierają się one tylko na »iuxta se«, ale równoległość zjawisk, t. j. obecności roznosiciela i pojawiania się nowych przypadków jest zbyt częstą, aby związek przyczynowy nie był aż nadto prawdopodobnym.

Tak samo jak w stolcach, mogą roznosiciele-ozdrowieńcy wydzielać prątki durowe i w moczu, w którym, jak to wiadomo, blizko u $^1/_3$ ozdrowieńców stwierdzamy prątki te i to nieraz niezmiernie obficie. Otóż taka »bacteriuria typhosa« może przeciągać się również miesiącami lub nawet latami, dając powód do nowych zakażeń. I tak Irwin i Houston[28]) piszą o kobiecie, która w 7 lat po durze brzusznym wydzielała prątki w moczu i zakaziła 6 osób; w stolcach jej prątków durowych nie wykryto. Tsuzuki[29]) naliczył u żołnierza-roznosiciela w 1 cm^3 moczu prawie 31 milionów prątków, a Niepraschek[30]) podaje przykład całej epidemii, wywołanej przewlekłem wydzielaniem prątków przez mocz.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Odporność. Uodpornienie. Nadwrażliwość.

Referat, odczytany w Towarzystwie Lekarskiem Lubelskiem dnia 4. maja 1911 r.

Napisał

Dr B. Dziemski.

Ordynator Szpitala św. Wincentego w Lublinie.

(Ciąg dalszy).

Podług Miecznikowa, fagocyty bywają ruchome i nieruchome. Do kategoryi pierwszych należą małe i duże komórki krwi i limfy (makro i mikrofagi), do drugiej kategoryi należą komórki śródbłonkowe i tkanki łącznej (makrofagi nieruchome).

Ruchome makrofagi, zbierając się gromadnie w miejscach, opanowanych przez bakterye, odgrywają główną rolę w sprawie zwalczania zarazków chorobotwórczych; niweczenie mikrobów odbywa się w drodze biochemicznej, za pośrednictwem rozpuszczalnych fermentów (cytaz).

Miecznikow opiera teoryę fagocytozy na licznych spostrzeżeniach; n. p. po zakażeniu żab bakteryami wąglika, znajdowano wewnątrz fagocytów bakterye w różnych okresach zniszczenia, aż do zupełnego przetrawienia. Nawet zarodniki pochłonięte przez fagocyty, tracą zdolność kiełkowania.

Doświadczenia Radziewskiego nad zakażeniem dowiodły, iż bakterye w większej ilości giną nie wewnątrz lecz zewnątrz komórek, przyczem niweczenie bakteryi odbywa się bez udziału leukocytów, wskutek działania surowicy krwi.

Badania Fodera, Nuttala i Buchnera dowiodły, że krew »in vitro« posiada siłę bakteryobójczą.

Czynnikiem bakteryobójczym prawidłowej surowicy są podług Buchnera aleksyny. Są to ciała bardzo wrażliwe na wpływy zewnętrzne; już po pewnym czasie, a szczególniej przy ogrzewaniu ($^1/_2$ godziny do 55—60^0) niszczeją. Dla pełnego działania aleksyn niezbędne jest pewne ciepło (n. p. ciepłota ciała), pewna zawartość soli i słabo zasadowy lub obojętny odczyn płynu, w którym się znajdują. Rozcieńczenie surowicy, zawierającej aleksyny, wodą przekroploną niweczy jej własność bakteryobójczą, dodanie soli przywraca znowu tę własność. Aleksyny działają szkodliwie nietylko na bakterye, lecz także na czerwone ciałka krwi (działanie hemolityczne).

Co do powstawania aleksyn poglądy są podzielone. Jest rzeczą możliwą, że głównie leukocyty przyczyniają się do produkcyi aleksyn. Miecznikow utrzymuje, że aleksyny zawarte są w fagocytach i dostają się do krwi wskutek rozpadu fagocytów. W przeciwieństwie do tego poglądu prace Pettersona, Grubera, Sweeta, Schneidra wykazały, że aleksyny krążą swobodnie w sokach zwierząt.

Schneider stwierdził, że wielojądrzaste leukocyty mogą oddziaływać na pewne podrażnienie, wydzielając zarówno »in vitro«, jak »in vivo«, silnie bakteryobójcze substancye, leukiny, nie tracąc przy tem ani swej żywotności, ani swej żerności. Leukiny zatem są p r o d u k t e m w y d z i e l n i c z y m l e u k o c y t ó w w i e l o j ą d r z a s t y c h, a nie produktem ich rozpadu.

Ponieważ leukiny są ciepłotrwałe i nie posiadają własności hemolitycznych, zatem nie mogą być utożsamiane z aleksynami Buchnera. Są to specyalne ciała ochronne i jako takie należą do szeregu czynników odporności wrodzonej.

W warunkach prawidłowych krew i limfa nie zawierają wcale ciał, zwanych leukinami, które powstają dopiero w wysiękach, zawierających leukocyty i w obrzękach zastoinowych.

Gruber i Futaki przy swych badaniach nad odpornością wrodzoną przeciw wąglikowi, wykryli substancyę, posiadającą bardzo silne działanie bakteryobójcze na zarazki wąglika. Substancye te, zwane »plakinami«, wydzielają się przy krzepnięciu krwi, powstają również we krwi w pewnym okresie zakażenia wąglikiem.

Byłyby tedy trzy kategorye ciał ochronnych, warunkujące wrodzoną odporność: aleksyny, leukiny i plakiny.

Podług Wrighta w walce z bakteryami, odgrywają ważną rolę t. zw. opsoniny, czyli ciała surowicy krwi. przysposabiające bakterye do pochłonięcia przez fagocyty, Gruber i Futaki niezależnie od Wrighta dowiedli, że różne bakterye, jak prątki durowe, paciorkowce, i inne tylko wtedy bywają pożerane przez leukocyty, jeżeli przedtem zostaną poddane działaniu prawidłowej surowicy. Fagocytoza zatem przedstawia niejako wtórną ochronną siłę ustroju. W ten sposób nowsze badania pogodziły zwolenników teoryi humoralnej i cellularnej, wykazując, że przy niweczeniu bakteryi wewnątrz ustroju biorą czynny udział oba rodzaje sił ochronnych: fagocyty i substancye, zawarte w surowicy krwi.

Przechodzimy do omówienia wrodzonej odporności przeciw jadom (toksynom).

W ogólności wrodzona odporność ustroju ludzkiego i zwierzęcego przeciw jadom jest bardzo nieznaczna. Zaledwie nieliczne gatunki zwierzęce posiadają wrodzoną odporność przeciw jadom, n. p. jeże, świnie i szczury egipskie (ichneumony są nie wrażliwe na jad wężowy). Niektóre gatunki zwierząt są niewrażliwe na jady bakteryjne, n. p. szczury są niewrażliwe na jad błoniczy, kury i żółwie na jad tężcowy. Ta wrodzona odporność przeciw jadom nie jest bezwzględną.

Do tej pory nie posiadamy dostatecznego objaśnie-

[28]) Przyt. wedł. Boineta i Olmera l. c. str. 425.
[29]) Ctblt. f. f. Bakt. Ref, 47. 1910.
[30]) Ztft. f. Hyg. 64. 1909.

nia przyczyn wrodzonej odporności przeciw jadom. Odporność tego rodzaju nie zależy od szybkiego niszczenia i wydzielenia toksyn. Podług teoryi bocznych ogniw Ehrlicha, odporność pewnych zwierząt przeciwko toksynom polega na tem, że toksyny nie łączą się z protoplazmą komórek, że jad nie zostaje związany, że ustrój takich zwierząt nie wytwarza żadnych antytoksyn. Żółw np. znosi obojętnie wstrzyknięcie jadu tężcowego, a po 4 miesiącach od czasu wstrzyknięcia we krwi jego zawiera się taka ilość jadu, iż mysz, po wstrzyknięciu tej krwi, ginie wskutek tężca. W ustroju żółwia toksyny krążą bardzo długo, nie podlegając zmianie lub zobojętnienru, ponieważ w ustroju żółwia niema receptorów, któreby się z toksynami tężca łączyły.

Przechodzimy do odporności nabytej.

Odporność można nabyć drogą naturalną (po przebyciu choroby) lub sztuczną drogą ochronnego szczepienia. Jednorazowe przebycie pewnych chorób, jak ospa, płonica, odra, nawet dur brzuszny i cholera dają najczęściej dłuższy czas trwającą ochronę. Podług Roemera również zakażenie gruźlicze do pewnego stopnia zabezpiecza danego osobnika od reinfekcyi gruźliczej. Z drugiej strony istnieje długi szereg chorób zakaźnych, jak wiewiór, błonica, dur powrotny, grypa, włóknikowe zapalenie płuc (pneumonia), których przebycie nie wytwarza żadnej odporności; niektóre choroby, jak: n. p. róża, usposabiają nawet do następnych zachorzeń.

Jak wyżej wspomnieliśmy, choroby zakaźne przebiegające lekko, mogą dać taką samą ochronę, jak zakażenia ciężkie. Szczególnie często spostrzega się powyższa zasada przy płonicy, cholerze i durze brzusznym, przyczem wyjątkowo lekkie postacie tych chorób zabezpieczają w równej mierze, jak postacie najcięższe.

Tego rodzaju fakty doprowadziły już dawniejszymi czasy do sztucznego wywoływania odporności. Tak n. p. podczas lekkich epidemii odry, o ile w rodzinie zachorowało jedno dziecko, próbowano przez rozmyślne zetknięcie z chorym, zakazić pozostałe dzieci, aby je zabezpieczyć od zakażeń późniejszych, mogących ciężej przebiegać.

Po wykryciu swoistych zarazków, starano się w całym szeregu chorób zakaźnych wywołać odpornosć przeciw zakażeniu drogą szczepienia osłabionemi lub zabitemi bakteryami. Pierwszy Pasteur wykonał systematyczne doświadczenia tego rodzaju, a następnie Roeb, Pfeifer, Gruber, Behring, Ehrlich, przeprowadzili badania co do istoty i przyczyn odporności nabytej. Przyczyn odporności nabytej, zarówno naturalnej jak sztucznej, szukać należy we wzmożeniu odporności naturalnej drogą powstawania we krwi ciał ochronnych.

Siły ochronne natury ogólnej (fagocytoza), aleksyny, leukiny, opsoniny i t. p.) bronią ustrój w jednakowej mierze od różnorodnych chorób zakaźnych. Ważniejszą rolę w sprawie nabytej odporności odgrywają swoiste ciała ochronne, które zjawiają się pod wpływem swoistych sprawców chorób. W walce z chorobami zakaźnemi biorą udział zarówno czynniki potęgujące wrodzoną odporność, jak ciała ochronne natury swoistej i wyzdrowienie należy uważać jako wynik współdziałania obydwóch czynników.

Przy nabytej odporności przeciw toksynom, ciałami ochronnemi są antytoksyny, przy odporności przeciw bakteryom powstają lizyny (bakteryolizyny), opsoniny, aglutyniny i precypityny. Ustrój oddziaływa na każde zaszczepienie obcych ciał, n. p. zaczynów, ciałek krwi, wytwarzaniem swoistych niweczników (anticorps). Ciała wywołujące powstawanie niweczników zwą się antygenami. Wszystkie antygeny i odpowiednie niweczniki dążą do wzajemnego połączenia się, co odbywa się z maksymalną energią chemiczną.

Z kolei rozpatrzymy uodpornienie sztuczne czynne i bierne.

Jak wiemy, wrodzona odporność przeciw bakteryom zależy od całego szeregu ciał ochronnych i od zachowania się leukocytów. Wiemy, iż leukocytoza odgrywa pewną rolę w sprawie odporności. Wywołując n. p. sztuczną leukocytozę u królików wstrzykiwaniem sperminy lub pilokarpiny, zabezpieczamy je od zastosowanego jednocześnie zakażenia pneumokokkowego.

Alkalizując soki ustroju, podnosimy również odporność przeciw pewnym zakażeniom. Ustrój zwierząt alkalizowanych energiczniej zwalcza zakażenie wąglikowe, niż ustrój zwierząt, nie poddawanych działaniu alkalii.

Przekrwienie zastoinowe podług metody Bier'a podnosi również odporność. Nötzel dowiódł, że króliki u których wywołano metodą Biera przekrwienie kończyny, nie podlegały zakażeniu wąglikiem, o ile zakażano miejsce poddane przekrwieniu: po upływie doby od wstrzyknięcia ani mikroskopowo, ani zapomocą hodowli, nie wykryto w przesięku zarazków wąglika.

Wstrzykiwanie małych dawek arsenu i fosforu, nawet umiarkowana praca mięśniowa, podnoszą sprawność protoplazmy komórek, sprzyjają wytwarzaniu się ciał ochronnych i przyczyniają się do wzmożenia odporności wrodzonej.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

L a T o r r e. **O zmianach w utkaniu macicy pod wpływem substancyi pobudzających macicę do skurczu.** (Gynaek. Rundschau. 1912. Nr 10). Materyał doświadczalny obejmuje około 100 macic psów, w rozmaitych stanach fizyologicznych. Preparaty, barwione metodą Ramon y Cajala, wykazały, że ergotyna działa na włókna mięsne gładkie macicy silnie tetanizująco, rozszerza jednak przytem zarówno światło macicy, jak i naczyń, znajdujących się w błonie śluzowej. Działanie to jest wybitniejsze w okresie przerostu włókien (ciąża), lub gdy macica jest miększa (połóg, miesiączka). Naczynia, biegnące w błonie mięsnej, zostają zaciśnięte i dowóz krwi do błony śluzowej ustaje. Hydrastynina nie okazała się środkiem wybitnie lub wyłącznie działającym na naczynia; jeszcze mniej »viburnum prunifolium«, co potwierdza i doświadczenie kliniczne. Natomiast styptycyna wywołuje charakterystyczne zwężenie światła naczyń, podczas gdy błona mięsna pozostaje prawie bez zmiany. Jeszcze lepszym środkiem przeciwkrwotocznym jest, zdaniem autora metranodyna, działająca niezależnie od okresu fizyologicznego, w jakim się macica znajduje, przytem równo energicznie na błonę mięsną macicy, jak i naczyń, wywołując zwężenie ich światła. Pod wpływem żelatyny nie wystąpiły żadne wybitniejsze zmiany.

A. Markowa.

J ä g e r r o o s. **W sprawie wczesnego wstawania po porodzie.** (Gynaek. Rundschau. 1912. Nr 11). Autor daje przegląd argumentów zwolenników i przeciwników wczesnego wstawania kobiet po porodzie. Sam rozporządza materyałem, obejmującym 160 przypadków z zakładu położniczego w Bjorneborg. Położnice, którym odrazu pozostawiono zupełną swobodę ruchów, wstają po raz pierwszy w 6—20 godzin po porodzie na pięć do trzydziestu minut. Każdego następnego dnia pozostają dłużej poza łóżkiem. Zakład opuszczają średnio w 7—8 dniu po porodzie. W tych warunkach inwolucya macicy postępowała szybko, a o ile zewnętrznem badaniem można było stwierdzić, znajdował się trzon macicy zawsze w przodopochyleniu. Powłoki brzuszne i dno miednicy nie przedstawiały nic nieprawidłowego. Odchody obfite w pierwszych dniach, szybko ustawały. W pięciu przypadkach wystąpił w dobę po porodzie krwotok, który się jednak więcej nie powtórzył. Ni-

gdy nie spostrzegał J. podwyższenia ciepłoty, zakrzepu lub zatoru. Wydzielanie mleka było dostateczne, stan ogólny, sprawność pęcherza i jelit bardzo dobre. Również gładko przebiegał w tych warunkach połóg w 2 przypadkach łożyska bocznie przodującego. Podnosząc te dodatnie strony wczesnego wstawania po porodzie podkreśla autor, że zasady tej nie należy nadużywać dla powrotu do ciężkiej pracy. A. Markowa.

Jaschke. **O pooperacyjnem stosowaniu pituitryny.** (Münchn. med. Woch. 1912. Nr 30). Autor poleca stosowanie pituitryny po operacyach w dawkach dość wysokich ze względu na toniczne działanie jej na serce i naczynia przypominające działanie adrenaliny, lecz utrzymujące się dłużej. Pituitryna sprowadza uderzenia serca rzadsze, lecz pełniejsze, podnosi ciśnienie krwi i wzmaga wydzielanie moczu. Przeciwwskazanie dla pituitryny stanowi stwardnienie tętnic, szczególniej wieńcowych i stany zapalne nerek. Bardzo pożądanem działaniem ubocznem jest pobudzenie pęcherza do rychłego samoistnego opróżniania się. A. Markowa.

Deus. **O przebiegu porodów po hebosteotomii.** (Gynaek. Rundschau. 1912. Nr 11—12). Autor stara się wyświetlić wpływ hebosteotomii na przebieg późniejszych porodów. W bliźnie wytworzonej po hebosteotomii pierwotnie z tkanki łącznej, następuje odkładanie się soli wapniowych. Sprawa ta odbywa się powoli, aż powstanie zrost kostny. Zanim to nastąpi, blizna ulega w czasie porodu rozpulchnieniu i rozciągnięciu, tembardziej, że każda nowa ciąża powstrzymuje zwapnienie. Zrost kostny, pierwotnie szeroki, zmniejsza się następnie pod wpływem nacisku ze strony główek kości udowych. Blizna czysto włóknista jest rzadszą i wywołuje niepożądane powikłania. Kostnina, rosnąc ku światłu miednicy, może wywołać nawet znaczniejsze jego ścieśnienie. D. zestawia 79 przypadków, gdzie po dokonanej hebosteotomii odbyły się dalsze porody. W 28 przypadkach (35·5%) nie można było stwierdzić następowego rozszerzenia światła macicy, względnie nie było ono dostatecznem. Należą tu jednak i porody przedwczesne, gdzie więc nie można ocenić, jak przebiegałby poród na czasie. W 4 przypadkach spostrzegano rozszerzenie się macicy, którego dowodziło powiększenie się wszystkich wymiarów. W 25 przypadkach (31·8%) można było stwierdzić rozszerzenie się światła miednicy w czasie porodu bądź skutkiem rozciągnięcia się włóknistej blizny, bądź skutkiem rozpulchnienia zrostu po hebosteotomii, niezupełnie jeszcze inkrustowanego solami wapniowemi. 17·5% przypadków nie dozwala na wysnuwanie żadnych wniosków ze względu na brak odnośnych szczegółów. W 15·2% wynik operacyi był zupełnie ujemny i wymagał nowego zabiegu operacyjnego (15 razy ponowna hebosteotomia, trzy razy cięcie cesarskie). Na zasadzie powyższych danych stwierdza Deus, że hebosteotomia jest przy miednicach płaskich zabiegiem nie tylko przygotowującym do rozwiązania, lecz również i leczniczym. A. Markowa.

Dermatologia i syfilidologia.

Finger Prof. **Myśli o działaniu naszych środków przeciwkiłowych.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1912. T. CXIII). Autor wywodzi swe roztrząsania od zapatrywania swego mistrza Sigmunda, który stwierdzał, że rtęć silniej działa na zmiany kiłowe, niż na sam jad i że jest środkiem wzmacniającym (roborans), co i późniejsi autorowie częściowo przyznają, przyrównując działanie przetworów rtęciowych do działania arszeniku. Stąd ostateczny wynik zniszczenia jadu kiłowego przy leczeniu rtęcią zależy głównie od energii, z jaką ustrój oddziaływa na ten bodziec t. j. rtęć, a działanie jej zabójcze na mikroby w ustroju zdaje się być bardzo wątpliwe. Jako dowód przytacza F. niezależność wyleczenia od dawek rtęci, dalej, że szybkość odczynu zmian kiłowych na rtęć nie odpowiada ilości znajdujących się tamże krętków, a wreszcie, że po ustąpieniu skutkiem leczenia rtęciowego nacieków pozostają w tkankach krętki. Autor sprzeciwia się także teoryi o szczepie krętków odpornych na działanie rtęci i uważa teoryę tę za zupełnie zbyteczną. Przytem zauważa, że rtęć działa niewątpliwie silniej i korzystniej w okresie objawowym niż utajonym, a to korzystne nawet wybiórcze działanie na nacieki należy tłómaczyć nie działaniem środka, ale samych tkanek. Tem też tłómaczyć należy spostrzeżenia całego szeregu autorów, stwierdzające, że rtęć działa korzystniej, gdy się ją stosuje w okresie ogólnego wybuchu, niż przed takowym. Niema również podstaw do przypuszczenia, że odczyn Jarisch-Herzheimera jest wynikiem działania rtęci czy salwarsanu na jad, a raczej mamy tu do czynienia z działaniem na same nacieki. Wnioskując zatem z tych różnych spostrzeżeń, przyjąć trzeba do przekonania, że nie rtęć sama, ale związek jej z ustrojem jest w stanie doprowadzić do zupełnego wyleczenia, które zależne jest nie tyle od naszych wysiłków leczniczych, ile od stanu i właściwości samego ustroju. Przechodząc do działania przetworów arsenowych stwierdza to samo działanie na nacieki co przy stosowaniu rtęci — a na jad o tyle tylko, o ile arszenik pobudza i wzmacnia siły ustroju, który sam zwalcza istniejące w nim mikroby. To też wedle F. szanse wyleczenia kiły przetworami arszenikowymi są analogiczne do takiegoż wyleczenia rtęcią. F. Krzyształowicz

Blaschko A. **Uwagi o osobniczem rokowaniu w kile.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1912. T. CXIII). Rokowania w kile, oparte na zestawieniach pewnej ilości przypadków są zawsze tylko przeciętne i ogólne — tymczasem w tej chorobie zależy głównie na rokowaniu w każdym poszczególnym przypadku, lekarz musi zatem oceniać, jakie czynniki są w tym razie decydujące. Nawroty kiłowe powstają głównie w chwili zmniejszenia odporności ustroju, a czynnikami działającymi na to osłabienie ogólne lub miejscowe są urazy, podrażnienia, wyskok, choroby zakaźne (jak malarya lub gruźlica) i t. p. Ale w wielu przypadkach nawrotów nie znajdujemy czynników tego rodzaju, dlatego B. przypuszcza, że w wielu przypadkach bodźcem wywołującym nawrót jest zwolnienie biegu krwi w jakimkolwiek narządzie lub jego części i stąd stan naczyń ma w tym razie tak wielkie znaczenie. Własności osobnicze ustroju muszą odgrywać w tym razie także nie małą rolę. Jako przyczynę różnego przebiegu choroby przypisywano także różnej jadowitości krętków bladych, na co jednak nie ma dowodów i co wydaje się nieprawdopodobne. To też przypuszczenie istnienia osobnej postaci kiły układu nerwowego »lues nervosa«, nie zdaje się być słusznem. Znaczenie leczenia przewlekłego wedle Neissera także nie jest nam znane, a w zestawieniach statystycznych łagodność przebiegu po takiem leczeniu nie jest dostatecznie uzasadnioną, gdyż większość objawów t. zw. 3-rzędnych nie jest wcale oznaką niekorzystnego przebiegu. Działanie salwarsanu zaś spostrzegamy jeszcze za krótko, aby można powiedzieć coś stanowczego w tym kierunku, — nie można jednak wykluczyć, że wczesne leczenie salwarsanem sprowadza znaczne osłabienie jadu i przez to daje więcej szans wyleczenia. Z rodzaju i jakości objawów wczesnych nie można wnioskować o dalszym przebiegu kiły, — usiłowania w tym kierunku zawiodły zupełnie. Odczyn Wassermanna wprowadzony w ostatnich czasach budził wielkie nadzieje możliwości trwalszego rokowania, ale nadzieje te nie zupełnie się ziściły. Nie możemy bowiem odpowiedzieć stanowczo na pytanie: czy uważać utrzymujący się stale niezależnie od leczenia odczyn ujemny za korzystny — a uporczywie utrzymujący się nawet po leczeniu lub szybko po leczeniu powracający odczyn dodatni za niekorzystny? Obecnie stwierdzić tylko trzeba, że sam odczyn dodatni bez ciężkich objawów klinicznych nie daje powodu do złego rokowania. Wiadomo, że w przypadkach porażenia postępującego odczyn W. jest z reguły wybitnie dodatni, dotąd jednak nie wiadomo, czy odczyn zjawia się z początkiem choroby, czy też nie był nigdy w ciągu całego przebiegu

u tego osobnika ujemny? Z danych tych zatem można wnioskować, że w zakresie rokowania w kile wszystkie dane są niepewne i problematyczne; to też czeka nas jeszcze dużo pracy w różnych kierunkach dla ocenienia znanych nam faktów, ale dotąd należycie niewyjaśnionych.

F. Krzyształowicz.

Mulzer. **Problem dziedziczności kiły w świetle nowszych badań.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1912. T. CXIII). Dawne prawo Collesa musi wobec nowych badań opiewać w następujący sposób: matki dzieci urodzonych z kiłą nie są zdrowe i na kiłę odporne, lecz z reguły kiłowe, chociaż choroba jest utajona, a skutkiem tego i odporne na zakażenie. Na zmianę zapatrywań wpłynęły głównie badania odczynu Wassermanna u matek chorych dzieci. Co do możliwości przeniesienia kiły przez ojca na dziecko przy zapłodnieniu bez zakażenia matki, autor stwierdza swojemi doświadczeniami i innych autorów, że nasienie może zawierać jad wywołujący chorobę, ale ponieważ nie można przypuszczać istnienia krętków w samych plemnikach, stwierdzić trzeba, że mogą się znajdować obok nich w cieczy nasienia. W tym razie jednak nie podobna myśleć o dostawaniu się krętków między pojedyncze blaszki zarodka w pierwszych chwilach rozwoju i bez zakażenia matki. To też problem kiły po ojcu w życiu płodowem nabytej pozostaje dla autora nierozstrzygniętym.

F. Krzyształowicz.

Lewandowski A. **Dermatologia a szkoła.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1912. T. CXIII). Autor, jako lekarz szkolny w Berlinie, przekonał się dostatecznie, że nagromadzenie dzieci w szkole stwarza warunki, wpływające niekorzystnie na istniejące u dzieci choroby skórne i zmniejsza odporność na nie szczególnie przy obecności schorzeń ustrojowych. Najważniejszą jest w tym razie możność przenoszenia się chorób takich, jak świerzb, liszajec, grzyb strzygący, wszawica i t. p. Obok tego istnieją schorzenia wymagające higieny osobniczej dziecka, w pierwszym rzędzie zaś zołzy, usposabiające do różnych schorzeń skóry. U tych dzieci zatem musi się zwracać uwagę na ogólne warunki higieniczne, odpowiedni klimat, odżywienie szczególną, dbałość o skórę i t. p. czynniki, które, jak wiadomo, mogą mieć bardzo wielkie znaczenie. Zadaniem lekarza szkolnego zatem jest: z jednej strony nie dopuścić do szkoły tak chorego dziecka, a z drugiej starać się o stworzenie tych lepszych warunków higienicznych, których zazwyczaj nie ma w domu. To też co do ostatniego postulatu współdziałać muszą energicznie różne towarzystwa opiekujące się dziećmi i wysyłające je w odpowiednie miejsca klimatyczne, czyli przenosić dziecko w lepsze warunki niż te, w których się znajduje. Jako przykład podaje L. świerzbiączkę, która może ustąpić lub pozostać całe życie zależnie od warunków, w których dziecko żyje. Wreszcie wspomina autor i o chorobach wenerycznych, których kilka przypadków zastraszających opisuje. Co do samej higieny zwracać należy uwagę przedewszystkiem na czystość skóry, to też pożądanaby była możność jak najczęstszej kąpieli po zabawach i gimnastyce, jakoteż uwaga na czystość dziecka przychodzącego do szkoły. F. Krzyształowicz.

Linser. P. **Zastosowanie lecznicze prawidłowej surowicy ludzkiej.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1912. T. CXIII). Autor stwierdza przedewszystkiem, że wynik leczniczy w przypadkach wysypek, występujących w związku z ciążą, po stosowaniu wstrzykiwań surowicy nie-ciężarnych jest gorszy niż po użyciu do wstrzykiwań surowicy ciężarnych. W dalszym ciągu przestrzega przed domieszką krwinek czerwonych, które sprowadzić mogą znaczne ogólne osłabienie duszność i białkomocz. Z innych chorób stosował L. tę metodę: w 18 przyp. pokrzywki z bardzo dobrym skutkiem (w 15 przyp. wyleczenie); w 12 przyp. świerzbiączki (prurigo), w których nastąpiło szybkie i trwałe wyleczenie, a nawet w przypadkach świądu u starców otrzymał w połowie wynik korzystny. W przypadkach ogólnych wyprysków u dzieci następowała również po wstrzykiwaniu prawidłowej surowicy znaczna poprawa, szczególnie co do swędzenia, mniejsza w wypryskach u dorosłych. Wyborny skutek miały te wstrzykiwania w plamicy (purpura), w szkorbucie i w przypadkach częstego krwawienia z nosa. W 6 przyp. pęcherzycy nawet liściastej, otrzymano wyleczenie po większej ilości tego rodzaju wstrzykiwań, dlatego autor do dalszych prób w tym kierunku bardzo zachęca. Dodaje w końcu, że wstrzykiwania prawidłowej surowicy, ile możności jak najświeższej (w godzinę po braniu krwi) nie powodowały nigdy żadnych zboczeń tak, iż dokonywał ich u przychodnich chorych. F. Krzyształowicz.

Ledermann R. **Przyczynek kliniczny do działania salwarsanu.** (Arch. f. Derm. u. Syph. 1912. T. 113). Na podstawie całego szeregu przypadków kiły, leczonych salwarsanem, dochodzi autor do wniosku, iż salwarsan jest środkiem przeciw jadowi kiłowemu swoistym, a działanie jego jeszcze bardziej się wzmaga, jeżeli równocześnie leczy się chorego rtęcią. Lecząc chorego ze zmianą pierwotną, kiedy jeszcze objawy drugorzędne się nie pojawiły, nawet, jeżeli jej się operacyjnie nie usunie, można doprowadzić do tego, iż zmiany drugorzędne nie pojawią się, a reakcya Wassermanna pozostanie ujemną. Zmiany drugorzędne usuwa salwarsan szybciej aniżeli rtęć, to samo zmiany trzeciorzędne, chociaż ciężkie kilaki kości wymagają czasem dużych ilości salwarsanu. Czy leczenie salwarsanem zwiększa przypadki t. zw. neurorecydyw, L. jeszcze powiedzieć nie może. Zmiany kiłowe nerwów obwodowych bardzo często szybko przy leczeniu salwarsanem ustępują, natomiast na zmiany mózgowe salwarsan wywiera mały wpływ, tak samo, jak i na zmiany parasyfilityczne, wiąd rdzenia i paraliż postępowy.

H. L. Weber.

P. Dorn. **Obraz krwi u ludzi cierpiących na kiłę po podaniu salwarsanu.** (Archiv f. Derm. u. Syph. 1912. T. 111). Czy podamy choremu salwarsan śródmiąższowo, czy też zapomocą wlania śródżylnego, w krwi jego powstanie zawsze zwiększenie się ilości leukocytów, jednakże nigdy w wysokim stopniu; różnica zaś polega na tem jedynie, iż leukocytoza po wlaniu trwa zaledwie kilka godzin, po wstrzyknięciu zaś śródmiąższowem trwa 2—3 dni i dłużej. Po wlaniu salwarsanu zauważyć również się daje krótkotrwała hemoliza, która się charakteryzuje zmniejszeniem się ilości hemoglobiny i wystąpieniem urobiliny w moczu.

H. L. Weber.

Fabry. **Zastosowanie operacyi Payera przy toczniu żrącym twarzy.** (Archiv f. Derm. u. Syph. 1912. T. 111). F. zastosowuje metodę Payera, którą leczono dotychczas jedynie tocznia żrącego kończyn, do leczenia tocznia twarzy, podcinając miejsce zajęte sprawą chorobową i tworząc

w ten sposób płat skóry, pod który wsuwa gazę jodoformową, działającą zgubnie od spodu na guzki gruźlicze. Po kilku tygodniach ów płat skórny przyszywa F. z powrotem. Wyniki osiągnięte autora zadawalają. H. L. Weber.

Nakano. **O sztucznej hodowli prątków trądu na ciałach zwierząt padłych.** (Archiv f. Derm. u. Syph. 1912. T. 111). N. streszcza się na końcu swej pracy mniej więcej w następujący sposób: prątki trądu rozwijają się na otrzewnie zabitych szczurów i świnek morskich, a szczyt ich rozwoju zauważyć się daje w drugim, trzecim, czasem czwartym dniu po zaszczepieniu, poczem przerośnięte bakteryami gnilnemi giną i znikają. Przeszczepienia na otrzewnę zwierząt zabitych udają się zawsze. Prątki tak wyhodowane barwią się ciemno czerwono fuchsyną.

H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

Posiedzenie z dnia 5. III. 1912.

Rogalski przedstawia 19-letnią dziewczynę, córkę wyrobnika, dziedzicznie nie obarczoną i aż do wystąpienia obecnej choroby, prócz przebytej między 10 a 15 rokiem odry, zawsze zdrową. Do ambulatoryum zgłosiła się chora z powodu choroby rąk i nóg, która wystąpiła w lipcu 1911 roku a rozpoczęła się osłabieniem kończyn dolnych, uczuciem bólu »jakby miała łydki kijem zbite«, które występowało po dłuższem chodzeniu lub staniu. Ten brak siły w nogach i ból w łydkach zwiększał się stopniowo i to z większem nasileniem w kończynie prawej, a w październiku 1911 zauważyła chora, że prawej stopy nie może podnosić tylko powłóczy nią przy chodzeniu. Obecnie, gdy chora rano wstaje, nogi są zupełnie ścierpnięte i dopiero po zrobieniu kilku kroków, które chora stawia z trudnością, nabierają władzy. Wieczorem po całodziennem zmęczeniu występuje ból pod kolanami i w łydkach. W jesieni 1911 spostrzegła również chora, że po zmęczeniu rąk dzienną pracą doznaje bólu w obu kończynach górnych i to głównie w okolicach stawów łokciowych i w członkach palców, a nadto, że z powodu drżenia palców nie może utrzymać w nich jakiegoś lżejszego przedmiotu n. p. łyżki. Zauważyła wreszcie, że palce, w których najwięcej bólu uczuwa, przykurczają się. Stan taki utrzymuje się do dziś dnia. Prócz zjawiającego się czasami szumu w głowie nie ma chora żadnych innych dolegliwości.

Badanie wykazało: Nierówność źrenic i prawie zupełny brak ich oddziaływania: Pr. źrenica okrągła, 5 mm. zupełnie nieruchoma; L. źrenica skośnie owalna, 3—4 mm, oddziaływa bardzo słabo na światło dzienne, zresztą nieruchoma. Dno oka po str. 1 normalne, po pr. wykazuje lekkie zblednięcie skroniowej części tarczy.

Kończyny górne: Ruchy czynne i bierne w stawie barkowym, łokciowym i garstkowym obustronnie prawidłowe. Zaburzenia spotykamy jedynie w obrębie stawów nadgarstkowo-palcowych i międzypalcowych. I tak palce, prócz kciuka są stale zgięte w stawach międzypalcowych 2. i 3., stąd typ ręki pazurowatej. Przy usiłowanem wyprostowaniu ich następuje jedynie hyperekstenzya w stawie nadgarstkowo-palcowym, palce zaś pozostają zgięte. Rozstawianie palców znacznie utrudnione, rozstawianie prawie niemożliwe, przeciwstawianie minimalne. Upośledzenia te spotykamy prawie w równym stopniu w obu rękach; jedynie ruchy kciukiem są swobodne. Odruchy ścięgniste obustronnie równe, miernie żywe, okostnowe nie dają się wywołać. W obrębie thenar, hypothenar, musculi interossei i adductor pollicis obustronnie wybitne zaniki. Siła mięśniowa obustronnie bardzo mała: chora może na dynamometrze posunąć wskazówkę zaledwie 0·1—2 podziałek.

Odruchy brzuszne górne obustr. obecne, dolne czasem zaznaczone, czasem nie dają się wywołać. Kończyny dolne: Chód brodzącego. Zewnętrzny brzeg stopy zwłaszcza prawej opada przedtem ku dołowi. Chora powłóczy palcami, o ile nie uniesie wyżej nogi. Lekka niezborność przy zamkniętych oczach, na jednej nodze zupełnie ustać nie może. W obrębie kończyn górnych i dolnych drgania włókienkowe mięśni.

Ruchy czynne: Zginanie nóg w stawie biodrowym upośledzone (równocześnie obu nogami o ca 30—40 stopni, pojedynczo o ca 60). Inne ruchy w stawie biodr. i ruchy w stawie kolan, zachowane. W stawie skokowym przy fleksyi wolarnej zdolna jest chora przezwyciężyć tylko mały opór, zwłaszcza po str. pr. Fleksya dorsalna po str. 1. bardzo słaba po pr.=0. Ruchy palcami po str. lewej minimalne po pr.=0. Pronacya obustr. b. słaba, supinacya obustr.=0. Stopy zwisają zwłaszcza brzegiem zewnętrznym, palce obustr. zgięte, silniej po str. pr. Kończyny, pr. do kolana, lewa do połowy podudzia są sine i chłodne. Przy ruchach biernych odbiera się wrażenie zmniejszonego napięcia w zakresie obu staw. skokowych. Odruchy kolanowe obustr. zaznaczają się tylko ledwo wyczuwalnym skurczem mięśnia udowego, Achillesowych obustr. brak, podeszwowe słabe, ku stopie. Przy wymiarach nie można stwierdzić różnicy między stroną pr. i l. Słabo zaznaczone zaniki mięśni międzykostnych. Pnie nerwowe niebolesne na ucisk. Zaburzeń czucia brak. Wobec podejrzenia na ewent. tło specyficzne zbadano krew, a gdy próba Wassermanna wypadła ujemnie, poddano chorą badaniu ginekologicznemu, które wykazało Virgo intacta.

Odnośnie do rozpoznania różniczkuje ref. między Polyneuritis a neurotyczną formą zaniku mięśniowego (typ Charcot-Marie). Wobec braku podmiotowych bólów i bolesności pni nerwowych, braku zaburzeń czucia, obecności zaników w zakresie n. medianus i ulnaris, a nie radialis, w obrębie zaś nóg porażeń w zakresie peroneus skłaniałby się do przyjęcia tej drugiej choroby. Jedynie tylko przebieg choroby sprzeciwiałby się temu rozpoznaniu, gdyż upośledzenie odruchu źrenicznego może występować tak przy jednem jak i drugiem schorzeniu.

W dyskusyi zabiera głos Landau, który rozpoznawałby raczej Polyneuritis, jakkolwiek przebieg jest atypowy. Za chorobą tą przemawia szybki jej rozwój, wystąpienie zaburzeń w kończynach górnych już w kilka tygodni po zajęciu kończyn dolnych. Przeciwko Polyneuritis nie może przemawiać brak charakterystycznych dla tej choroby porażeń w zakresie n. radialis, a obecność natomiast ręki pazurowatej, gdyż znane są i tego rodzaju wyjątkowo formy. Bólów obecnie nie mamy, ale dowiadujemy się o nich z wywiadów. Zajęcie zaś n. okoruchowego częściej spotykamy przy Polyneuritis. Za neurotyczną formą zaniku mięśniowego przemawiałoby jedynie charakterystyczne ustawienie kończyn dolnych i górnych, przebieg jednak przemawia stanowczo przeciwko tej tak wybitnie chronicznej chorobie. Rydel zostawiłby rozpoznanie kliniczne jako nierozstrzygnięte, gdyż brak etyologii i inny typ porażeń kończyn górnych a inny dolnych przemawiałyby przeciw przyjęciu Polyneuritis, za tą zaś chorobą przemawiałby znów przebieg. Brak natomiast odruchu źrenicowego kazałby myśleć o przymiocie mimo ujemnego wyniku próby Wassermanna. Piltz jest zdania, że wobec braku podejrzenia na przymiot tak ze względu na wywiady jak i objawy i ujemny wynik badania krwi nie ma się prawa przyjmowania sprawy kiłowej, za zanikiem neurotycznym przemawiałyby także drgania włókienkowe mięśni.

Uwzględniwszy wszystkie za i przeciw, zgodzono się na postawienie rozpoznania Polyneuritis subacuta.

Wiadomości bieżące.

Konkurs. Jeden ze współpracowników »Przeglądu lek.« przeznaczył swoje honoraryum autorskie na nagrodę konkursową. Wobec tego ogłasza Redakcya »Przeglądu lekarskiego« niniejszem konkurs na sprawozdanie poglądowe (referat zbiorowy), ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1912. Przedmiot sprawozdania poglądowego dotyczyć może któregokolwiek z działów nauk lekarskich i dowolnego zagadnienia. Rozmiary sprawozdania nie powinny przekroczyć 2 arkuszy druku. Nagroda konkursowa wynosi 200 koron.

Kraków. Redakcya kalendarza lekarskiego uprasza za naszem pośrednictwem wszystkich P. T. Kolegów sekretarzy Towarzystw naukowych i zawodowych o łaskawe nadesłanie listy członków wydziału, o ile nastąpiła zmiana składu w porównaniu z wydrukowaną w kalendarzu na rok 1912.

— Na odbytem w dn. 24. b. m. posiedzeniu administracyjnem sekcyi zakopańskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich przeprowadzono wybory nowego Zarządu sekcyi na czas do grudnia 1913 r., a mianowicie obrano prezesem kol. J. Różeckiego, sekretarzem kol. M. Wojczyńskiego, skarbnikiem kol. H. Wilczyńskiego.

— Zarząd biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie WP. Koledze Dr Ferdynandowi Eichhornowi z Krakowa za 19 cennych roczników czasopism ofiarowanych bibliotece. Bibliotekarz: Dr Blassberg.

— Instrumentaryum lekarskie (zwłaszcza ginekologiczne i dentystyczne) po ś. p. kol. Smorągiewiczu jest do nabycia u p. Smorągiewiczowej (Podgórze, Józefińska 23).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 21. IX. do 28. IX. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (obcych 1 † —), krztuśca 3, ospy wietrznej 1, płonicy 7 † — (4 † 2), odry 1, duru brzusznego 6 † 1 (3 † 2), czerwonki 6 † 3 (— † —).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 16. IX. do 30. IX. 1912 przypadków: ospy 2 † 1, płonicy 8 † —, dur brzuszny — † —. Dr Trenkner.

Mianowani: Prof. Bielschowsky z Lipska, dyrektorem kliniki okulistycznej w Marburgu w miejsce zmarłego prof. Bacha: Dr F. H. Pratt, profesorem fizyologii w Buffalo; Dr J. P. Schaffer profesorem anatomii w New Haven; Dr B. Hawk profesorem chemii i toksykologii we Filadelfii.

Zmarli:

Jakób Birencweig.

Urodził się w roku 1859 w Inowłodzu pod Tomaszowem rawskim, zmarł w Łodzi 26. września b. r. Wydział lekarski uniwersytetu warszawskiego ukończył w r. 1884, poczem przez lat trzy kształcił się na lekarza chorób wenerycznych i skórnych. W r. 1887 osiadł w Łodzi i był tu pierwszym, który zajmował się jedyną wyłącznie gałęzią medycyny, był pierwszym tu specyalistą. Dzięki swej wiedzy, wytrwałości i taktowi zaskarbił sobie wkrótce zaufanie szerokiego ogółu. Obok praktyki uprawiał i studya teoretyczne do ostatnich dni; dzielił się często swymi spostrzeżeniami, które demonstrował w towarzystwie lekarskiem. Był członkiem komitetu redakcyi »Czasopisma lekarskiego« i sekretarzem zarządu Towarzystwa lekarskiego. Z głębokim żalem żegnamy dobrego kolegę, sumiennego lekarza, zacnego człowieka. Skończył nagle swe pracowite życie. Bolesną tę stratę odczuwamy wszyscy. Niech spi spokojnie.

(Z mowy wygłoszonej przez prezesa Tow. lek. łódzk., kol. A. Kruschego, nad grobem zmarłego).

Zmarły ogłosił drukiem: 1) Czuła proba na cukier. Pam. Tow. lek. Warsz. 1890. 2) Przypadek bakteriurii. Gaz. lek. 1888 (pierwszy w literaturze polskiej, a jeden z pierwszych w literaturze wszechświatowej). 3) Przekład polski dwu rozdziałów »Hipurgii« Mendelsohna.

Dr Stanisław Hassewicz, znany filantrop i działacz oświatowy, zmarł w Warszawie w 72 r. życia.

Prof. J. Schmitt, internista w Nancy; Dr Archinard, profesor neuropatologii w Nowym Orleanie.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich we wrześniu 1912:

Gazeta lek. Nr. 36—39. Jarosz: O twardzieli. (36). — Truszkowski: Przypadek włóknikowego zapalenia błony śluzowej gardzieli. (36). — Jaworski: Materyały do statystyki i etyologii raka. (37). — Higier: W sprawie zapaleń mózgu o przebiegu podostrym. (37). — Cykowski: Kleszcze porodowe wysokie. (39). — Kędzierski: Przypadek chorionepitheliomatis po porodzie czesnym. (39).

Tygodnik lek. Nr. 37—40. Gaik: O chorobie Basedowa. (37—38). — Mars: O postępowaniu chirurgicznem wobec otrzewnej. (37—38). — Ashkenazy: Mechanoterapia wobec balneoterapii. (38). — Lehm: Przypadek wrodzonej przegrody błoniastej w krtani. (39). — Reis: Krótki zarys rozwoju chirurgii ocznej. (39—40). — Ashkenazy: Mechanoterapia wobec balneoterapii. (39). — Grek: Pierwszy przypadek włośnicy stwierdzony w Galicyi. (40).

Medycyna i Kronika lek. Nr 36—39. Halpern: O leczeniu dyetetycznem stanów obrzękowych (36). — Pechkranc: Samoiste rozszerzenie przełyku (36). — Matylda Biehler: Niedokrwistość o typie blednicowym u dzieci. (37—38). — Halpern: O leczeniu dyetetycznem stanów obrzękowych (37), — Wojciechowski: Syfilidy skóry w przebiegu wiądu rdzenia kręgowego i porażenia postępującego. (38). — Ołtuszewski: Wyniki naukowej i praktycznej działalności w warszawskim zakładzie dla zboczeń mowy w ciągu 20-letniego jego istnienia. (39). — Sterling: Kilka uwag o wartości odczynu Kellinga w rozpoznawaniu raka. (39).

Nowiny lek. Nr. 9. Czajkowski: O leczeniu swoistem reumatyzmu, oraz kilka uwag o etyologii tego cierpienia. (9). — Chłapowski: O rozbrojeniu ustrojów na powtórne wstrzyknięcie innorodnego białka i o bionomicznem znaczeniu anafilaksyi (9). — Starkiewicz: Gruźlica dzieci w świetle najnowszych badań i poglądów. (9). — Trzebiński: O teoryi Freuda i psychoanalizie. (9). — Parnas: Przegląd ważniejszych prac z dziedziny fizyologii, chemii oraz farmakologii. (9).

Zdrowie Z. 9. Bujwid: Rozpylacz do oczyszczania powietrza w przestrzeniach mieszkalnych. — Bychowski: W sprawie utworzenia zakładów dla chroników.

Przegląd higieniczny Nr. 9. Dr Opieński: O konieczności dalszej reorganizacyi nauki higieny i somatologii w seminaryach nauczycielskich.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr. 11. W przededniu zjazdu balneologów w Meranie. — Pelczar: Balneoterapia chorób serca.

Głos lekarzy Nr 20—21. J. I. Kraszewski o zdrojownictwie polskiem (20 dok.). — Związkowy wiec zdrojowy w Krynicy. (20). — Klęsk: O spokoju i ciszy naszych zakładów w zdrojowiskach i uzdrowiskach. (21).

Słowo lekarskie Nr 17—18. Dr Roman Glassner: W sprawie wykonywania rozbioru moczu przez nie-lekarzy. (17). — Dr Jakób Weinsberg: Lekarz praktykujący — a publiczność. (17). — Higiena przemysłu w Galicyi w świetle sprawozdań inspektoratów przemysłowych za r. 1911. (18). — Niegdyś a dziś. (18).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Kazimierz Majewski.